



## FITXA D'AUTORITZACIÓ PER A PRENDRE MEDICAMENTS DURANT LES COLÒNIES

En/Na.....amb D.N.I  
núm ..... com a pare/ mare/persona que té la pàtria potestat o guàrdia legal del nen  
.....

Autoritza sota la seva responsabilitat als dirigents de les colònies a administrar els medicaments  
que a continuació s'indiquen, amb la pauta i la dosi que s'especifiqui.

| Medicament   | Data inici tractament | Data final tractament | Dosi | Horari d'administració | Abans/després de menjar |
|--------------|-----------------------|-----------------------|------|------------------------|-------------------------|
|              |                       |                       |      |                        |                         |
| Observacions |                       |                       |      |                        |                         |
| Medicament   | Data inici tractament | Data final tractament | Dosi | Horari d'administració | Abans/després de menjar |
|              |                       |                       |      |                        |                         |
| Observacions |                       |                       |      |                        |                         |
| Medicament   | Data inici tractament | Data final tractament | Dosi | Horari d'administració | Abans/després de menjar |
|              |                       |                       |      |                        |                         |
| Observacions |                       |                       |      |                        |                         |

Gelida, a ..... de ..... de 20.....

SIGNATURA